

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

TREISSER Léo

Né le 6 Juillet 1908 à Cernăuți (Roumanie).

Contribution à l'Étude de la Pathogénie du Lichen plan

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

Éditions JEL
16, Rue Ernest Cresson
Paris

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

TREISSER Léo

Né le 6 Juillet 1908 à Cernăuți (Roumanie).

Contribution à l'Étude de la Pathogénie du Lichen plan

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

Éditions JEL
16, Rue Ernest Cresson
Paris



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153705_0030

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
BÉNARD (H.) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (E.) ..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . .	Pathologie médicale.
FEY.	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN. . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiatrie.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX.	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CADENAT	Clinique chirurgicale. (suite)
AUBERTIN		HEITZ-BOYER..	
BRULE		MOCQUOT	
CHIRAY		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER			
LIAN		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE et A MON PERE.

*En témoignage de mon profond amour filial
et de mon infinie reconnaissance pour leur
affection, leur dévouement, leurs sacrifices.*

A MES BEAUX-PARENTS.

A MES SŒURS ET A MON FRERE.

A MES BELLES-SŒURS et A MES BEAUX-FRERES.

Meis et amicis.

A MA FEMME CHERIE.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE, M. le Professeur
GOUGEROT.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, Professeur de
clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respec-
tueux de toute notre gratitude.*

A M. le D^r PAUL BLUM, Ancien Chef de Clinique de
la Faculté de Médecine de Paris, Médecin as-
sistant de l'Hôpital Saint-Louis, Médecin chef du
Centre dermato-syphiligraphique de l'Hôpital
Saint-Louis.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a guidé dans notre travail par ses bien-
veillants conseils.*

*En témoignage de notre profonde reconnais-
sance.*

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE DE
TOURS.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS.

INTRODUCTION

Les observations et les discussions récentes, si elles ont presque concilié les diverses théories relatives à l'étiologie et à la pathogénie du lichen plan, n'ont cependant pas résolu le problème.

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude complète du lichen plan, cependant nous voulons seulement contribuer à élucider un peu sa pathogénie, en développant toutes les théories et hypothèses émises jusqu'aujourd'hui, qui ont pour but d'expliquer la pathogénie de cette affection.

Notre bibliographie, forcément incomplète, ne comprend que les auteurs que nous avons lu, et dont nous avons lu les extraits dans d'autres ouvrages. On nous excusera aussi des emprunts que nous avons été forcés de faire à des articles récents. Nous nous sommes efforcés de citer les différents auteurs chaque fois que leurs descriptions nous sont apparues comme un type, seul moyen aussi de conserver à chacun le mérite de son travail personnel.

Nous tenons à remercier ici, M. le D^r Paul Blum, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, d'avoir inspiré et guidé cette thèse et nous voulons lui exprimer toute notre reconnaissance.

DEFINITION CLINIQUE ET ANATOMIQUE DU LICHEN PLAN

Le lichen plan, lichen ruber planus, que l'on appelle assez souvent lichen de Wilson, est une dermatose nettement définie au point de vue objectif par une lésion élémentaire caractéristique : c'est une petite papule d'un rouge tirant sur le jaune, de forme irrégulière polygonale, nettement limitée, à surface aplatie, brillant sous les incidences de lumière. Quand les papules apparaissent dès leur début, elles sont petites, de la dimension d'une pointe d'aiguille; elles sont à peine colorées en rose tirant sur le jaune, mais elles brillent déjà comme de minuscules facettes de verre.

Peu à peu elles augmentent de volume et arrivent à avoir de 1 à 3 millimètres de diamètre. Leurs dimensions habituelles sont celles d'une moyenne ou d'une grosse tête d'épingle.

La papule typique du lichen plan donne à la vue l'impression d'une infiltration des couches supérieures du derme. Elle est dure, sèche, et fait une légère saillie au-dessus du niveau des téguments. Elle est aplatie à

son sommet, et brille comme des facettes de cristal; la lumière se réfléchit à sa surface d'une manière absolument caractéristique. On observe parfois à son centre une sorte de petit trou, ou d'*ombilication* minuscule, dont la pathogénie est fort discutée. (D'après R. Crocker et Robinson, cette ombilication serait due à la desquamation du cône corné qui se forme à la partie supérieure du canal de la glande endoripare, autour duquel la papule s'est développée.)

Une fois développées, les papules n'augmentent pas indéfiniment de volume, mais par contre, elles peuvent se multiplier à l'infini : à côté des papules primitives, il s'en forme d'autres plus ou moins rapprochées, qui peuvent, en se rejoignant et en devenant confluentes, constituer des plages ou des nappes plus ou moins étendues.

Quand le lichen a une évolution assez lente ou chronique, elles sont minimes, de 4 mm. à 1 cm. et plus de diamètre. Leur configuration générale est arrondie, ovale ou franchement irrégulière. Leurs bords sont presque toujours saillants par rapport au centre, qui est parfois affaissé. Leur surface est recouverte de fines squames grisâtres, stratifiées, extrêmement adhérentes. Quand ces squames n'existent pas, ou quand on les fait tomber par la macération ou par l'application d'une pommade appropriée, on voit à la surface des éléments des *stries blanches* se détachant fort nettement sur le

fond rouge de la lésion, et sur lesquelles l'attention a été attirée par Ziemssen, Hardy, Brocq, etc...

Le lichen plan se développe par ordre de fréquence sur les avant-bras, la partie inférieure de l'abdomen, la région lombaire, le cou, les membres inférieurs, les parties génitales, les parties latérales du tronc, la paume des mains, la plante des pieds, la muqueuse buccale, le cuir chevelu.

Le lichen plan peut se développer sur les muqueuses, on l'a décrit à la face interne du prépuce, au gland, sur la muqueuse anale, au larynx, mais surtout aux lèvres. et à la muqueuse buccalee tout entière. Sur la langue, le lichen occupe surtout la face dorsale de l'organe, parfois ses bords. La localisation la plus fréquente du lichen plan de la bouche est la face interne des joues.

MODES DIVERS DE GROUPEMENTS DES ÉLÉMENTS

ÉRUPTIFS

1° *Forme circinée.* — Dans certains cas et surtout lorsque le lichen plan siège en certaines régions (parties génitales, scrotum, bas-ventre, partie inférieure des jambes), les lésions élémentaires du lichen plan se groupent suivant une forme annulaire plus ou moins géométrique. Les papules sont accolées l'une à l'autre

à la périphérie, tangentes par leurs bords en collier de perles et comme aplaties latéralement par pression réciproque. Le centre de l'anneau est comme déprimé, plus ou moins pigmenté, rarement sain d'aspect : c'est le *lichen planus annulatus*. L'apparence générale est celle de syphilities circinées avec lesquelles on le confond très souvent.

2° *Forme zoniforme*. — L'éruption du lichen plan s'effectue dans cette forme suivant des bandes linéaires affectant la même disposition générale que les zonas ou que certains navi. L'éruption siège d'ordinaire à la partie postérieure du membre inférieur elle y figure une traînée linéaire verticale qui part de la fesse, descend le long de la face postérieure de la cuisse, gagne le creux poplité, puis la face postérieure de la jambe et se termine un peu au-dessous du talon.

L'histologie de la papule du type lichen a été admirablement résumée ainsi qu'il suit par Darier : L'hypertrophie du corps muqueux est très marquée au début, moindre plus tard, lorsque la couche cornée s'épaissit à ses dépens. La couche granuleuse est conservée et même hypertrophiée, mais l'éléidine est inégalement abondante suivant les points, dans une même papule; c'est elle qui donne lieu au réseau de stries blanches ou opalines, pathognomoniques des éléments du lichen plan. La couche cornée est épaissie, cohé-

rente, grasse, et formée de cellules sans noyau, normales; dans les lichens anciens on peut trouver les cellules cornées munies de noyaux. Les papilles ne sont pas allongées, mais élargies en forme de coupole et souvent inclinées. Dans le corps papillaire il y a un infiltrat nettement limité de petites cellules rondes; souvent quelques-unes de ces cellules sont en dégénérescence colloïde. La zone limite du derme et de l'épiderme dessine des festons; elle est habituellement un peu effacée par places.

Les sensations douloureuses éprouvées par les sujets atteints sont des plus variables. Dans la grande majorité des cas, elles sont assez accentuées et consistent en démangeaisons continues ou intermittentes et dont l'intensité est telle dans certaines formes aiguës que les malades maigrissent et sont épuisés par la douleur et l'insomnie. Fait remarquable : le lichen plan buccal est presque toujours indolore. C'est à peine si le malade éprouve quelque sensation anormale, perçoit un léger picotement, une légère brûlure, une sensation au niveau de la muqueuse buccale.

Le lichen plan a d'étroites relations, du moins objectives, avec les névro-dermites, les urticaires, les prurigos d'un part; par ses formes généralisées il a des traits communs avec les dermatites exfoliatrices, par ses formes acuminées torpides, il a des traits communs avec le pityriasis rubra pilaris, par ses formes

un peu avortées il touche aux parapsoriasis lichénoïdes, par ses formes atrophiques il se relie aux morphées, aux sclérodermies atrophiques, aux atrophies cutanées.

A côté des lichens plans, bien définis tant au point de vue clinique qu'anatomique, on trouve un autre groupe de lichens, dont les lésions élémentaires ne ressemblent pas du tout aux lichens plans typiques, mais l'histologie de ces lésions a bien montré leur nature lichénienne. Ce groupe de lichen a été bien étudié et mis au point par MM. Gougerot et Paul Blum: ils l'appellent le *lichen plan atypique*.

Les lésions élémentaires ressemblent à des parakératoses. On a soulevé l'hypothèse du lichen plan parce que les lésions de la face interne des joues et de la langue étaient lichéniennes. L'histologie confirma le diagnostic du lichen plan. MM. Gougerot et Blum ont publié des observations qui démontrent bien la nature atypique du lichen. Dans une observation publiée par eux (Archives Dermato-Syphiligr. année 1932, page 263), il s'agit d'un malade qui, pendant un traitement arsenical accusait incidemment une éruption cutanée, dont l'apparition sur la paroi antérieure de l'abdomen s'est faite insidieusement, sans prurit, sans troubles digestifs, sans réaction fébrile. Cette éruption augmentait rapidement, en disséminant irrégulièrement sur la partie inférieure du tronc et de

la poitrine, dans le dos et dans la région intervertébrale. Les membres inférieurs restaient indemnes.

A l'analyse de ces éléments éruptifs on trouvait trois variétés d'éléments :

1° *Des papules érythémato-squameuses* rouges violacées; leur surface était plane, légèrement squameuse, non brillante. Leur grandeur était de 10 à 15 mm. La vitropression révèle un léger infiltrat jaune orangé;

2° *Des macules* qui étaient les reliquats des papules précédentes. Elles étaient plus ou moins pigmentées, allant du brun clair au brun noir;

3° *Des petites papules lichénoïdes* périlaires, grandes comme une tête d'épingle, bien distinctes des plaques précédentes, disséminées surtout dans la région médio-thoracique.

Aucun des éléments n'était prurigineux. Si les petites papules faisaient penser au lichen scrofulosorum aux syphilides lichénoïdes, les grandes papules érythémato-squameuses et leurs reliquats faisaient penser aux parapsoriasis et surtout aux parakératoses. Si l'éruption cutanée était un diagnostic incertain, l'examen du dos de la langue et de la face interne des joues affirmait le type classique du lichen plan des muqueuses. En effet on pourrait objecter qu'il y a association entre un lichen plan muqueux et

une dermatose non lichénienne de la peau. La syphilis est mise rapidement hors de cause : en effet les réactions sérologiques étaient négatives.

L'étude de l'évolution et la biopsie allaient trancher nos doutes et affirmer l'évolution atypique. En effet la biopsie de ces éléments éruptifs de la peau révèle la structure du lichen et élimine tuberculose et syphilis. La lésion atypique cliniquement, est typique histologiquement. Dans ce cas il s'agissait d'un *lichen plan atypique, érythémateux et érythmato-squameux* et *lichen plan muqueux typique*.

Voici un deuxième cas : il s'agit d'un malade, âgé de 27 ans, qui a depuis trois ans, sur le thorax et l'abdomen, une vingtaine de lésions nummulaires érythémateuses et érythémato-squameuses apparues insidieusement les unes après les autres, sans cause apparente, sans prurit. Le malade a vu beaucoup de médecins, qui pensaient à un eczéma séborrhéique, à une parakératose à forme de pityriasis rosé de Gilbert, eczéma, mycoses, etc... (jamais on n'a trouvé de champignons). La réaction de Bordet-Wassermann faite à plusieurs reprises a été négative. Le malade, présenté à M. Gougerot, montrait de petits médaillons arrondis ou ovalaires de 5 à 20 mm. à bords nets, sur le thorax en avant et en arrière et sur les flancs, irrégulièrement disséminés. Les uns squameux, rouge-

orangé, les autres moins colorés, rose-orange, et non squameux. Il n'y a ni vésicules d'eczéma, ni signes de psoriasis, ni infiltration papuleuse nette, mais un peu d'œdème. Or, en cherchant, on découvrait sur la langue un lichen plan indiscutable disposé en taches rondes laiteuses au bord de la langue et sur la face interne des joues. On pensait immédiatement à un lichen atypique. (L'histologie a démontré l'exactitude de cette présomption.) Cessant tout traitement local jusque-là inefficace, on a fait de la radiothérapie rachidienne interscapulaire et lombo-sacrée, en même temps que 10 infections fessières d'acétylarsan, deux par semaine. La régression des accidents cutanés est manifeste dès la sixième injection. Les lésions de la bouche ont peu diminué. Un mois après une deuxième cure d'acétylarsan amène la régression des lésions buccales. Il s'agissait donc d'un cas de *lichen plan atypique érythémateux et érythémato-squameux en médaillons*, avec *lichen lingual et jugal typique*.

M. Gougerot a publié encore plusieurs observations qui confirment, comme le montrent les deux observations précédentes, que la cause encore inconnue du lichen plan peut produire non seulement les lésions typiques (papules polygonales brillantes à surface réticulée), mais aussi des lésions atypiques (non papuleuses, non polygonales, non brillantes) érythémateuses, érythémato-squameuses, sans oublier des prurits sim-

ples (Gougerot), des névralgies et paresthésies des muqueuses (Gougerot).

ÉTIOLOGIE

Tandis que le lichen plan est une dermatose bien connue au point de vue clinique et anatomique, son étiologie est obscure. Le lichen plan est une maladie de l'âge adulte, il est relativement rare dans la première enfance et dans la vieillesse. Il semble qu'il soit plus fréquent chez l'homme que chez la femme. On sait depuis longtemps que chez un sujet en puissance d'éruption de lichen plan, tout *traumatisme cutané*, quelle qu'en soit la nature, crée un *locus minoris resistantiæ* des téguments au niveau duquel se produit l'éruption. Cette dermatose semble se développer surtout chez des sujets *névropathes* à la suite de violentes émotions, de chagrin, de choc moral, préoccupations, en un mot de secousses nerveuses violentes peut-être aussi l'exposition au froid.

Jaquet croit que l'éruption est toujours secondaire au prurit et au grattage. Nous ne croyons pas cependant que ces idées soient exactes et que le lichen plan soit purement et simplement une conséquence du grattage. Les papules de cette affection sont tellement pathognomoniques que nous ne pouvons les considérer

comme de simples produits de traumatismes incessants. Il y a des cas dans lesquels l'éruption de lichen ne s'accompagne d'aucune démangeaison, rares d'ailleurs, et d'autres dans lesquels les sujets ne sont nullement atteints de nervosisme. On a été amené à se demander si le lichen n'est pas une dermatose *d'origine microbienne* (hypothèse émise par Lassar mais non confirmée). Cependant on croit aujourd'hui à une *étiologie infectieuse* dont le virus est inconnu encore. On a observé une jeune femme chez laquelle des plaques de lichen plan se sont développés pendant qu'elle soignait son mari atteint de cette affection depuis plusieurs mois. Chez une mère qui soignait sa fille atteinte d'un lichen plan des plus intenses, on a vu survenir au bout de quelque temps aux poignets des éléments typiques de cette affection. Des faits analogues ont été observés par Ormerod, Keyès, Ledermann, etc. Ils ont été réunis et étudiés par Jadasshon sous le nom de *lichen plan familial*, mais il se peut qu'il s'agisse de simples prédispositions familiales.

Il existe un groupe de lichens qui sont produits par des médicaments : *lichen plan médicamenteux*. L'arsenic a une action thérapeutique indiscutable, mais il peut agir soit par choc humoral, soit comme médicament antispirillaire, soit par l'intermédiaire du système nerveux, puisque, comme la radiothérapie, il est capable de provoquer des guérisons, il provoque

parfois une apparition ou une exacerbation du lichen plan.

Enfin les apparitions de lichen plan à la suite de phénomènes irritatifs ont servi d'arguments pour certains (Jadassohn, Kyrle) en faveur de la nature infectieuse du lichen plan, mais il s'agit plus vraisemblablement d'une action localisatrice déterminante sur un malade en état « de dermatographie lichéenne » (Jaquet). Nous rangeons dans ces faits d'irritation les cas dans lesquels Bory a vu apparaître un lichen à la suite de piqûres de moustiques ou de punaises. Ces cas ne sont pas suffisants pour établir des présomptions sérieuses en faveur de la transmissibilité et de l'innocuité du lichen plan, mais doivent être envisagés plutôt comme le fait d'un « effet irritatif isomorphe » (*isomorpher Reizeffekt von Kôbner*).

Chaque auteur, suivant son état d'esprit, invoque un agent infectieux différent : une bactérie (Lassar), un ultra-virus (Neisser Bory), un virus dermatrope (*Lipschütz*).

Jausion (*Revue de Stomatologie*, juillet 1932) a pensé d'après les résultats de la cuti-réaction, et les effets thérapeutiques de l'injection de clasines fycosiques, qu'il pouvait s'agir d'une mycose ou plus exactement d'une *allergide mycosique*. (Mais l'on sait combien est

discutable la valeur des intradermo-réactions en matière d'étiologie).

Unna pense qu'il s'agit d'un microbe (qu'il n'a pas trouvé), doué d'une énorme capacité de réduction, l'infiltrat naissant du manque d'oxygène.

PATHOGÉNIE

La pathogénie du lichen plan est aussi obscure que son étiologie. Quatre théories ont pour but d'expliquer la pathogénie du lichen plan :

- a) Théorie nerveuse;
- b) Théories diathésiques;
- c) Théorie parasitaire ou mycosique;
- d) Théorie infectieuse.

A. — *Théorie nerveuse.*

La théorie la plus ancienne sur la genèse du lichen plan est en rapport avec des troubles du système nerveux. Cette théorie nerveuse a été admise par Polotebnoff, Colcotte, Fox, Kobner, Schwimmer, Lindstroem, Marris, Jaquet, Pautrier, et d'autres; elle a encore au-

jourd'hui ses partisans et se base sur les observations suivantes :

1° Les malades atteints de lichen plan ont très souvent le système nerveux sensible; ils ont souffert déjà de toutes sortes de troubles nerveux comme: insomnie, maux de tête, névralgies, etc. Polotebnoff, Pospelow, Lavergne, Wolff et autres, ont confirmé que beaucoup de leurs malades atteints de lichen plan étaient des névropathes. Brooks, Neisser, Jadassohn, Petges n'ont pas pu constater ces troubles chez leurs malades atteints de lichen plan.

2° L'éruption du lichen plan, après des chocs graves du système nerveux, surtout de nature psychique. De nombreuses observations ont été publiées à ce sujet. Des soucis graves, des chagrins, quelquefois des causes de peur, des interventions chirurgicales ont précédé l'apparition d'un lichen plan. Un cas de lichen plan est apparu à la suite d'attaques nerveuses avec dyspnée et cyanose; un autre cas de lichen plan, chez un malade de Little, qui a eu des soucis matériels graves et beaucoup de décès de ses proches parents dans les deux années qui précédaient l'apparition du lichen plan. Chez un malade de Welanders qui a été sauvé d'un naufrage sont apparus des troubles nerveux et psychiques; 18 mois après le naufrage le malade est atteint d'un vitiligo, puis d'une neurodermite chro-

nique d'une jambe, et de lichen plan généralisé. Apparition d'un lichen plan chez un homme qui a écrasé un enfant avec une voiture et qui a eu un choc psychique assez important.

On se demande si les années de guerre, qui ont causé tant d'émotions, soucis, chagrins, ont eu une influence sur l'augmentation des cas d'apparition de lichen plan. Darier, Thibierge, Petges, Fournier n'ont pas observé une augmentation en France, Little en Angleterre est du même avis. White a observé dans les années 1910-1914 : 57 cas de lichen plan (à l'hôpital) ; de 1915 à 1918 : 89 cas. La rareté du lichen plan chez les enfants prouve que la théorie nerveuse n'est pas exacte (Fournier).

3° La concomitance du lichen plan avec des maladies nerveuses de différentes natures : migraine (Vidal), chorée (Polotebnoff), syringomyélie (Wenger), sclérose latérale amyotrophique (Werther). (Les pigmentations qui restent après le lichen plan sont de nature à confirmer le rôle du système nerveux sur la genèse des pigments.)

4° Le fait est encore plus à remarquer que beaucoup de lichen plan suivent les trajets des nerfs : cas de lichen linéaire sur la jambe, plus rare aux bras. Im-

portant pour cette théorie est le fait que beaucoup de lichen sont zostériformes.

« Je dirais qu'il est possible qu'il existe chez certains sujets des modifications congénitales de la peau telles que certaines régions zoniformes du tégument soient en état de plus grande vulnérabilité d'une manière constante, peut-être même d'une manière transitoire, et que ce soit dès lors sur ce territoire que se développent de préférence certaines éruptions, celles auxquelles le malade en question est prédisposé ou exposé » (Brocq). Jadassohn est du même avis que Brocq.

5° Le prurit, qui accompagne très souvent le lichen plan, serait aussi en faveur de la théorie nerveuse. Köbner a remarqué, chez des malades atteints de lichen plan, des éruptions d'urticaire, avant l'apparition du lichen plan et pendant la durée du lichen plan. Jaquet a même remarqué des prurits qui précédaient de quelques années l'éruption du lichen. Mais ces faits ont été contestés par beaucoup d'auteurs.

6° La ponction lombaire, avec prélèvement de 6 à 8 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, préconisée par Thibierge et Ravaut dans les cas de lichen, serait aussi en faveur de la théorie nerveuse. Le mode d'action de cette ponction lombaire, ou plutôt de

ce prélèvement de liquide céphalo-rachidien serait, d'après Ravaut, très probablement la suivante : le choc exercé par le prélèvement du liquide céphalo-rachidien sur le système nerveux central, dans son action sur le système nerveux périphérique et sur l'appareil circulatoire, fait agir l'action angio-neurotique, qui est nécessaire pour le déclenchement de la dermatose et du prurit.

Pautrier remarque que le prélèvement de liquide céphalo-rachidien avec son action primaire, favorable sur le prurit, et son action secondaire, sur l'aplatissement des papules, sont en faveur de la théorie de Jaquet.

Margarot est du même avis, que la ponction lombaire avec prélèvement du liquide céphalo-rachidien amène la disparition constante du prurit en même temps qu'elle cause une excitation du parasymphatique.

Si l'on considère, avec Jaquet, le prurit comme un symptôme élémentaire qui apparaît tôt et qui est d'origine sympathique, on se demande alors si sa disparition n'est pas la conséquence d'une excitation du parasymphatique.

7° Les résultats thérapeutiques évidents par l'action

des rayons X sur la moelle ou sur le sympathique jouent un rôle important (Pautrier, Gouin, Bienvenu).

Gouin ne croit pas à l'action directe des rayons sur la moelle, il pense plutôt que les rayons, en agissant sur les terminaisons périphériques du sympathique, excitent un réflexe neurovégétatif, lequel commande l'apparition et la disparition de cette dermatose. Les résultats thérapeutiques favorables des rayons sont bien confirmés, mais on ne sait pas trop comment cette méthode de Pautrier amène l'amélioration ou même la guérison de cette dermatose.

D'après Jaquet le lichen plan est une névrose de la peau (avec des modifications inflammatoires secondaires et artificielles). Tous ses malades étaient ou bien des névropathes eux-mêmes, sans stigmates hystériques, ou bien il y avait des névropathes chez leurs ascendants. Tous les cas ont été précédés par des phénomènes nerveux, le prurit précédait aussi l'apparition du lichen. Les éruptions du lichen sont causées par toutes sortes de traumatismes, contact, grattages, etc., mais sur des territoires sur lesquels le tonus vasomoteur est troublé par une influence du système nerveux central. La théorie de Jaquet se base aussi sur ce fait : quand le système nerveux se calme, le prurit disparaît en même temps que le lichen. Mais il n'est pas démontré que le prurit précède l'éruption, comme

le pense Jaquet, ou que c'est la modification de la peau qui cause le prurit.

Pautrier s'élève contre la théorie infectieuse, en disant que « cette théorie ne repose que sur des coïncidences, des hypothèses, des probabilités et qu'elle n'a jamais été jusqu'ici l'objet de la moindre démonstration ». Il a fait l'inoculation du lichen à 21 malades. Sur ce nombre, 13 ont été soumis à l'injection intradermique, 8 à la méthode de scarification. Les malades soumis à ces essais présentaient des dermatoses ou des affections diverses, pour éliminer le facteur hypothétique mais possible d'un état réfractaire. Dans cinq cas on a noté le lendemain de l'inoculation une légère rougeur avec un semblant d'infiltration. Mais en 48 heures tout avait disparu; les 16 autres cas n'ont même pas présenté d'ébauche de réaction. Tous ces malades ont été suivis pendant 7 à 8 mois, mais on n'a rien vu se développer ni sur le revêtement cutané ni sur les muqueuses.

Après cette expérience Pautrier conclut que :

1° Expériences d'inoculation négatives;

2° Jamais aucun microbe n'a pu être révélé.

M. Gouin ajoute aux preuves d'inoculation négatives

les preuves thérapeutiques. D'une part le lichen plan est guéri par les arsenicaux, d'autre part par la radiothérapie superficielle et profonde. Il faudrait donc admettre que les arsenicaux et les rayons X aient une action anti-infectieuse. Pour les premiers on peut l'admettre, pour les seconds l'explication ne peut jouer, l'action des rayons n'étant pas anti-infectieuse ne peut être que fonctionnelle, c'est-à-dire agissant sur un système intermédiaire.

Discussion de la théorie nerveuse.

Si on étudie les bases de la théorie nerveuse on voit qu'il n'existe absolument pas de preuve certaine que le lichen ait des relations étiologiques avec le système nerveux. Ou bien les bases ne peuvent être admises, ou bien elles se laissent aussi bien expliquer autrement qu'en prenant le système nerveux comme facteur étiologique. Il est bien vrai que le prurit est une manifestation nerveuse, mais cela ne veut pas dire que le lichen est une maladie nerveuse. On a observé aussi l'apparition des lichens après un choc moral, après un ébranlement psychique, etc. ; mais étant donné le nombre des cas de lichen survenus sans causes psychiques, il reste à se demander si ces chocs psychiques ont vraiment une influence sur l'apparition des lichens. Il ne faut pas oublier que très souvent les malades tâchent

de rapporter leur maladie à des événements antérieurs pour expliquer l'apparition des maladies.

B. — *Théories diathésiques.*

On a publié un certain nombre d'exanthèmes survenus à la suite d'un traitement de salvarsan et même d'arsenic anorganique (Poltmann), en partie seulement lichénoïdes, qui présentent parfois une telle ressemblance avec le lichen plan, même dans tous ses détails avec la présence de modifications de la muqueuse buccale du type lichen *ruber planus mucosæ oris*, structure histologique analogue, telle qu'une distinction entre ces formes et celles du tableau du lichen était cliniquement et histologiquement absolument impossible. Les opinions des auteurs divergent à ce point de vue. Buschke qui, au début considérait le lichen plan comme une affection spécifique et caractéristique, à la suite de ses recherches ultérieures, ne le groupe plus dans la classe des dermatoses spécifiques. C'est un mode de réaction de la peau, dit Buschke, dépendant d'une certaine constitution individuelle, provoqué par l'irritation presque homéopathique de la médication arsenicale, mais qui peut également être provoqué par diverses autres irritations.

Il s'ensuit que l'individu ainsi prédisposé réagit aux

excitations diverses par des manifestations cutanées, ressemblant au lichen plan. Ainsi il n'existerait pas, d'après Buschke, de différences essentielles entre les exanthèmes salvarséniques ressemblant au lichen plan et le lichen plan proprement dit, ni avec les syphilides lichéniformes. Cette conception n'est pas nouvelle; déjà Michelsohn, lors de la présentation d'une famille, une jeune femme et ses deux enfants, atteints de syphilides lichéniformes (1887), était d'avis que la peau de ces trois malades était prédisposée aux dermatoses lichéniformes. Si on considère également avec Buschke les syphilides lichéniformes, on conçoit qu'à côté de la prédisposition, certains agents infectieux peuvent intervenir, pour former un tableau ressemblant au lichen plan. Dans la genèse du tableau clinique, la prédisposition et l'agent infectieux causal agissent en même temps, mais c'est la prédisposition qui domine et commande le tableau clinique.

Ainsi pour Buschke, le lichen plan consiste en une prédisposition constitutionnelle de la peau, en une diathèse lichénique et une orientation spéciale vers le lichen du système neuro-végétatif : autrement dit, il existe des gens atteints de lichen latent susceptible d'être réveillé par les excitations les plus diverses.

Pour Samberger, la nature de l'affectation repose

sur une diathèse hyperkératosique. Il distingue deux sortes de diathèses :

1° *La diathèse parakératosique*. A la suite d'un affaiblissement de vitalité des cellules de la couche cornée, la peau réagit aux impulsions morbides les plus diverses par une formation exagérée de squames (psoriasiques).

2° *La diathèse hyperkératosique*. La nautre de l'affection repose sur une diathèse hyperkératosique dont la raison réside dans une vitalité intensifiée des cellules de l'épiderme destinées à la kératinisation. Chez les porteurs de cette diathèse, n'importe quelle affection cutanée, inflammatoire ou non, prend un aspect lichénoïde. C'est ce que nous appelons lichen plan. C'est une affection cutanée banale survenue chez un sujet porteur de cette diathèse hyperkératosique.

Cette diathèse serait le plus souvent congénitale, parfois acquise, apparaissant sous l'influence d'un facteur occasionnel, l'arsenic par exemple, sous l'influence d'un affaiblissement général de l'organisme ou encore sous des influences nerveuses, mais Samberger exclut les influences microbiennes.

En faveur de cette théorie diathésique, faisant du lichen plan un eczéma survenu chez un sujet porteur

d'une diathèse hyperkératosique, Samberger donne les arguments suivants :

1° Un eczéma banal se manifeste parfois sous la forme de papules exactement semblables à celle du lichen plan.

2° Chez certains malades, l'évolution et l'aspect clinique des lésions ont montré que l'eczéma et le lichen pouvaient se transformer l'un en l'autre.

3° Dans l'eczéma comme dans le lichen on trouve deux facteurs anatomo-pathologiques identiques et indépendants :

a) L'inflammation;

b) L'hypersécrétion de lymphe, pouvant donner l'eczéma pemphigoïde ou le lichen pemphigoïde.

A la coexistence de lichen et psoriasis sur le même malade, Samberger réplique par des différences locales d'état diathésique et des changements temporaires de cet état diathésique sous l'influence de disfonctionnement des glandes à sécrétion interne.

C. — *Théorie mycosique.*

D'après cette théorie, représentée surtout par MM. Jausion, Boidé et Bloch, le lichen plan apparaît comme une *allergide mycosique*. Cette proposition ne serait-elle vraie d'ailleurs que pour la majorité des cas et non pour tous qu'elle garderait encore son importance (Jausion). M. Lartigue publie, dans sa thèse (*Le lichen plan est-il une allergide mycosique?*), quelques observations et arrive à la conclusion, qui coïncide avec celle de M. Jausion, que le lichen trichophytique survient chez des sujets sensibilisés par une lésion mycosique, à la suite d'une injection de trichophytine dans une peau en état d'allergie, ou d'un rapport par voie sanguine de la toxine élaborée dans le foyer initial. Cette sensibilisation de l'organisme aux déchets mycéliens se traduit par une intradermo-réaction positive à la trichophytine; elle est prouvée par la guérison rapide à la suite d'injections de claso-vaccins ou de solution de Lugol. Cinq malades atteints de lichen plan indiscutable, chez lesquels l'intradermo-réaction a été positive, ont été rapidement guéris par l'injection de claso-vaccins. Ces observations amènent les auteurs à conclure que le lichen plan cutané, entité morbide, pourrait être, dans certains cas du moins, la manifestation d'une allergie tégumentaire aux antigènes mycéliens.

D. — *Théorie infectieuse.*

La théorie infectieuse tire son origine de Lassar, qui aurait trouvé une bactérie comme agent infectieux du lichen. Jamais ces bactéries n'ont pu être retrouvées par personne. Son hypothèse que les gens qui s'occupent du cuir sont plus atteints par le lichen n'a jamais pu être constatée non plus. Seule, l'augmentation de volume des ganglions, qui est aussi une des bases de la théorie infectieuse, a été retrouvée par d'autres médecins.

La pathogénie infectieuse du lichen plan se base sur les points suivants :

1° On a pu souvent constater l'apparition d'un lichen *après des traumatismes*. En voici quelques exemples donnés par différents auteurs : amputation de plusieurs doigts par une machine, un mois après, apparition du lichen près de la plaie d'opération (Russel) ; chute de bicyclette sur le coude, cinq semaines après l'accident, 14 jours après la guérison de la plaie, une éruption de lichen apparaît (Audry) ; apparition d'un lichen après avoir été griffé par un chat (West) ; après morsure d'un chien (Walter) ; ablation d'une verrue plane de la face, trois mois après un lichen apparaît sur la face, le cou et la poitrine (Culver) ; apparition d'un lichen sur les places d'injection de bismuth (An-

druczewski). Comme on le voit, le lichen a commencé près de la lésion initiale pour gagner plus tard d'autres parties du corps.

Dans un autre groupe de cas, le lichen est apparu après des maladies de la peau. Hallopeau, Adamson, Little ont observé des lichens après la gale. Hallopeau et Trastour après impétigo.

On peut noter encore : apparition d'un lichen après piqûres d'insectes (Bory) ; après piqûres de punaises (Beatly, Scherber) ; lichen après piqûres de mouches. Voici une belle observation de Bory à ce sujet : quelque temps après la piqûre de l'insecte s'est développé sur le poignet, près de la place de la piqûre, une plaque qui devient de plus en plus grande, pour atteindre la dimension d'une pièce de 20 francs, puis apparition du lichen sur le bras, l'avant-bras, la région scapulaire, formant ainsi un lichen zoniforme, ayant l'aspect d'une bande. L'aspect zoniforme, d'après Bory, est vraisemblablement dû au transport du virus par les voies lymphatiques.

Très souvent on note la formation d'un lichen sur un endroit du corps exposé à des irritations permanentes ou presque permanentes. On a observé des lichens, aux points de frottements, chez des porteurs de bandages herniaires, corsets, etc. Bernhard a publié

quelques cas de localisations professionnelles du lichen: apparition d'un lichen sur la main d'un dentiste contre laquelle il pressait sa vrille, sur les mains des terrassiers, etc.

2° On a observé des apparitions endémiques de lichen plan. Hufschmitt et Pautrier ont observé des augmentations temporaires des lichens en Alsace. Bettmann à Heidelberg, Neumann à Lodz, Scherber à Vienne, etc. D'après Jadassohn le lichen apparaît très souvent chez des médecins; d'après Hallopeau et Grandchamp, chez des malades d'hôpital et des gens de service dans les hôpitaux.

3° Beaucoup de caractères cliniques du lichen correspondent à ceux d'une maladie infectieuse.

Le commencement de la dermatose par une plaque primaire, plus tard, quelquefois beaucoup plus tard, propagation du lichen (Lavergne, Hallopeau, Ribot, Bory, Pernet, Spillmann, Herxheimer), l'augmentation excentrique des foyers de lichen, avec involution centrale, l'apparition linéaire, mais surtout *l'aspect corymbiforme* des éléments du lichen, font penser à une étiologie infectieuse. Cette disposition corymbiforme des foyers malades a été observée également dans la syphilis, tuberculose, trichophytie, leishmaniose de la peau et démontre surtout la nature infectieuse.

Quelques cas de lichen plan aigu s'accompagnent de symptômes généraux graves avec augmentation de volume des ganglions (adénites) et de la rate. Pontoppidan démontre que l'augmentation des ganglions est prépondérante surtout dans les lichens plans aigus, mais peut être trouvée très rarement dans quelques cas chroniques. Dans 25 cas qu'il a observés, il a trouvé 12 cas avec adénites multiples.

Bettmann décrit l'augmentation de la rate. La formule sanguine n'est pas beaucoup changée. Cependant on note avec Pontoppidan une augmentation des globules blancs. Cette leucocytose a comme point de départ une augmentation des lymphocytes. Ces observations démontrent surtout que le lichen plan n'est pas seulement une maladie de la peau et des muqueuses, mais une maladie générale (peu grave), ce qui peut plaider en faveur de la nature infectieuse de cette dermatose.

Herxheimer attire l'attention sur la signification étiologiques des *formes serpigneuses* du lichen plan. Il pense que ces foyers serpigneux sont des exanthèmes tardifs du lichen, comme les formations serpigneuses de la syphilis. Herxheimer, avec beaucoup d'auteurs, trouvent de nombreuses ressemblances entre le lichen plan et la syphilis, dans l'évolution et dans bien des particularités (Galewsky, Spitzer). Le lichen du pénis,

du scrotum et des lèvres ressemble de très près aux syphilides circinées de ces régions. Beaucoup d'auteurs signalent aussi la même action spécifique de l'arsenic, du mercure et du bismuth dans les deux affections.

4° La particularité de la structure histologique du lichen ruber démontre qu'il ne s'agit pas d'une genèse de structure banale. Quelques auteurs, se basant sur la structure microscopique, classent le lichen dans les tumeurs granuleuses (Eugmann, Beatty, Mac Leod). Whitefield a publié un cas particulier : il s'agissait d'une prolifération intense de l'endothélium des capillaires dans le voisinage immédiat de l'infiltration d'une papule de lichen. Du bourgeon d'un capillaire naissent des cellules endothéliales pour participer à l'infiltration. Whitefield croit que cette observation démontre qu'une *irritation causée par la circulation sanguine* peut être la cause de la maladie.

5° On a observé des cas de lichen plan familial chez des malades parents n'habitant pas ensemble, séparés par une grande distance, mais on a observé aussi beaucoup de cas de lichen dans une même famille habitant ensemble. Ces constatations plaident en faveur de la nature infectieuse de l'affection. Brocq publie une observation dans laquelle il parle d'une mère qui a eu un lichen au poignet, pendant qu'elle soignait sa fille atteinte de lichen. Autres exemples : lichen plan chez

mère et enfant (Bory) ; une mère et deux fils, le plus jeune des deux fils est atteint, après 16 ans d'intervalle, de nouveau d'un lichen, alors qu'en même temps on a réveillé par un massage le lichen de son frère, qui a subi une aggravation aiguë (Spitzer). Le cas de lichen plan chez des époux est plus rare. D'après Spitzer : époux, 7 cas, parents, 39 cas, sont en faveur d'une disposition familiale pour cette maladie et cette prépathogénie infectieuse du lichen. Il existerait une prédisposition familiale aurait une certaine importance pour le lichen (Juliusberg).

Bettmann publie un cas de lichen aigu avec engorgement ganglionnaire et tuméfaction de la rate, survenu chez deux frères ne vivant pas ensemble. Joseph : lichen hypertrophique dans trois générations. Spitzer : a) des foyers de tissu kératinisé de la forme obtuse (*Obtusiform*) chez un père et sa fille; b) lichen plan localisé sur les jambes variqueuses d'une femme et de sa fille. De Azna : lichen familial du type lichen *obtus corneus* chez une femme et ses deux enfants, siégeant aux jambes.

Spitzer attire l'attention sur la particularité de l'agent infectieux (si on admet une étiologie infectieuse) de produire des éruptions similaires chez les deux conjoints. Dans deux observations de Little, il est difficile de préciser s'il s'agit d'une prédisposition

familiale ou d'une action semblable de l'agent infectieux :

a) Deux sœurs sont atteintes d'un lichen plan à six semaines d'intervalle après la mort subite de leur père (association de la théorie nerveuse et de la théorie infectieuse).

b) Une femme et son fils sont atteints d'un lichen plan sur la muqueuse buccale.

Le plus souvent l'évolution du lichen familial chez les membres d'une même famille est tout à fait différente. Il faut donc attribuer une certaine importance au terrain individuel.

6° Les essais infructueux de transmission du lichen de l'homme à l'animal ne s'opposent nullement à la théorie infectieuse (Scherber, Salomon, Mairowski, Bory). Lipschütz défend l'étiologie infectieuse du lichen plan. C'est le lichen *ruber factitius* qui lui semble confirmer l'étiologie infectieuse, et il le compare au phénomène irritatif du psoriasis et de plusieurs dermatoses. La présence de nombreuses centrocytes dans leurs différents stades d'évolution et leur présence dans les maladies infectieuses comme la rougeole et la varicelle prouve par analogie l'origine infectieuse du lichen plan. Il considère le lichen plan

et le psoriasis comme des maladies infectieuses dont les manifestations cutanées sont le résultat d'un virus dermatrope. D'après Juliusberg toutes les particularités du lichen peuvent facilement s'expliquer par l'étiologie infectieuse, spécialement le lichen des conjoints et des personnes vivant ensemble. La ressemblance des tableaux cliniques avec ceux de la syphilis, de même les réactions locales de papules du lichen après le traitement arsenical plaident pour une étiologie infectieuse. Il semble que la prédisposition individuelle joue un rôle plus important pour le lichen que pour la syphilis.

Mentionnons que Darier serait d'avis d'attribuer le lichen plan à un virus filtrant. Schütz remarque que le tableau clinique du lichen ressemblerait plutôt à une affection autotoxique, générale ou locale. Pour expliquer l'étiologie, il est obligé d'attribuer une certaine importance à plusieurs facteurs comme : prédisposition, modification de la circulation et produits autotoxiques. D'après Lerrede, qui reste fidèle aux idées de Jaquet, le prurit précéderait les manifestations cutanées. Bien avant les manifestations cutanées, des substances toxiques provoquent le prurit, le grattage provoque l'éruption. Lerrede base sa théorie dyscrasique sur la présence de modifications sanguines (éosinophilie).

Clipmann et Roberts attribuent le lichen plan à ce qu'ils appellent « focal infection », surtout infections des amygdales et dentaires. Lutz explique l'expression « focal infection » de la façon suivante : dans les foyers circonscrits avec des manifestations inflammatoires peu évidentes cliniquement, la fragmentation auto et hétérolytique des bactéries et de leurs albumines donne des produits de déchet qui, absorbés par le sang, arrivent dans la peau et y provoquent des manifestations réactionnelles. Une preuve de l'importance de la « focal infection » est la guérison dans quelques cas de lichen après ablation des dents ou amygdales malades. Little ne partage pas cette opinion, il remarque la fréquence des lésions dentaires des enfants londoniens et la rareté du lichen.

Deux cas d'étiologie différente présentent une certaine ressemblance avec le lichen plan :

1° Les mélanoses de guerre (*Kriegsmelanosen*) ;

2° Les dermatoses salvarsaniques.

Les cas de la première catégorie ressemblaient d'une part au *pityriasis rubra pilaris*, d'autre part au lichen plan. Même des dermatologistes expérimentés posaient au début le diagnostic de lichen.

On a décrit des lichens plans avec forte pigmentation (Ledermann), même l'examen histologique vérifiait ces constatations, mais tous ces cas ont été classés ultérieurement dans le chapitre des mélanoses de guerre. Obermiller communique 15 cas de lichen plan avec une pigmentation qu'il classe dans le *melanodermitis toxica lichenoides*. D'après Fabry et Obermiller, le *lichen pigmenté* ne serait qu'une forme abortive du lichen plan dans laquelle la formation modulaire cède la place à la formation de pigment et modifie le caractère lichénoïde de l'affection. L'affection apparaît sous l'influence de causes extérieures chez des sujets riches en pigments et prédisposés au lichen.

Riecke et Wirz font une distinction entre le lichen plan proprement dit et le lichen apparaissant après un traitement salvarsanique, les dermatides lichéniformes du salvarsan. Cette apparition intercurrente peut être une simple coïncidence, mais il peut s'agir également d'une recrudescence d'un ancien lichen. Frei et Tachau sont d'avis que les observations de Wirz sur le lichen apparu au cours d'un traitement au salvarsan ne sont que des exanthèmes salvarsaniques, présentant le caractère du lichen plan. Toutefois, ils ne nient pas la possibilité de l'apparition d'un lichen idiopathique apparu après une cure médicamenteuse salvarsanique. Bory défend la pathogénie infectieuse en repoussant les conclusions de Pautrier.

La lèpre, maladie certainement microbienne, n'est pas inoculable par simple piqûre ou scarification de la peau, et pourtant on ne peut pas nier la nature parasitaire de la lèpre.

On ne voit pas le parasite, il est vrai, et jamais aucun microbe n'a pu être révélé au microscope; les virus filtrants sont assez connus pour que l'objection ne puisse être valable. L'origine neuro-végétative des troubles pigmentaires n'exclut pas le trouble parasitaire initial, et l'exemple de la syphilis est assez démonstratif.

L'existence d'une plaque initiale dans nombre des cas de lichen plan et plus particulièrement dans ceux où l'intervention d'un insecte piqueur a pu être mise en évidence, parle beaucoup en faveur d'une pathogénie infectieuse. L'auteur (Bory) publie quelques observations que voici :

PREMIÈRE OBSERVATION

Une femme qui à la suite d'une piqûre de moustique au poignet, voit progressivement l'œdème inflammatoire prurigineux se transformer en une plaque de lichen qui reste isolée pendant un an; puis un nouveau groupe de papules de lichen apparaissent sur

le haut de l'avant-bras, restent isolées un temps, puis toute la ligne intermédiaire aux deux lésions se couvre de fines papules; une troisième lésion apparaît plus tard sur l'épaule du même côté et bientôt se constitue de nouveau entre la deuxième et la troisième colonie une nouvelle liaison linéaire de fines papules de lichen. Ainsi on a vu se constituer de bas en haut et progressivement un beau lichen zoniforme. Aucune hypothèse, en dehors de l'idée infectieuse, ne paraît pouvoir expliquer pareille évolution.

2° OBSERVATION

Premiers éléments sur le mollet gauche; foyer initial isolé pendant un mois environ, au bout de ce temps apparition de deux petits foyers au-dessus du genou, du même côté.

3° OBSERVATION

Premier élément apparu sur la face interne de la jambe, 8 jours après des piquûres de punaises. Demeuré isolé pendant quelques jours, ce foyer initial s'est alors compliqué d'un foyer nouveau sous la jarretelle du même côté.

4^e OBSERVATION

Première manifestation au talon gauche. Après quelques semaines l'éruption s'est progressivement disséminée et généralisée. Evolution vers le lichen atrophique.

Hallopeau et Ribot publient une observation avec les mêmes remarques.

Plus souvent qu'il ne semble le lichen débute par un foyer localisé d'une ou plusieurs petites papules groupées, qui progressent excentriquement, et ce foyer initial demeure isolé un temps plus ou moins long avant que la dissémination se produise. C'est un argument en faveur de l'origine infectieuse possible de la maladie. Lorsque l'éruption, isolée primitivement, commence à se généraliser, les premiers éléments « secondaires » apparaissent généralement du même côté et s'il s'agit des membres, plus haut que l'accident primitif, dans le sens du courant lymphatique centripète. Cela nous paraît également en faveur de l'hypothèse infectieuse.

La nature infectieuse ne paraît pas douteuse étant donné l'allure générale de l'affection. L'anatomie pathologique de la lésion montre un infiltrat inflammatoire, comme on en rencontre dans les infections sub-

aiguës ou chroniques (Milian). Le biotropisme à son tour nous apporte des arguments en faveur de la théorie infectieuse. Milian a provoqué le lichen plan par des injections d'arséno-benzol.

Gougerot attire l'attention sur les lichens plans auriques (grande fréquence). Cette provocation du lichen plan par les médicaments chimiques, nous paraît un argument considérable en faveur de l'origine infectieuse de l'affection. Il ne s'agit pas, en effet, d'une éruption toxique, car l'expérimentation sur l'animal n'a jamais reproduit au nombre des phénomènes toxiques, une ppule de lichen plan et par analogie avec ce qui se passe pour la furonculose le zona ou d'autres affections, il est légitime de penser qu'il s'agit de la mise en mouvement dans l'organisme par le médicament chimique d'un micor-organisme qui existait à l'état latent (Milian).

Quel peut être ce micro-organisme?

D'après Milian il y a : a) biotropisme directe et b) biotropisme indirect. Le premier stimule le micro organisme vis-à-vis duquel le médicament est dirigé, le second éveille d'autres micorbes latents dans l'organisme. D'une manière générale le biotropisme direct est beaucoup plus fréquent que le biotropisme indirect.

Milian : « L'extraordinaire fréquence du lichen plan au cours de la thérapeutique aurique, nous permet de penser qu'il s'agit d'un diotropisme direct et comme c'est certainement avec l'or qui s'adresse au traitement de la tuberculose, qu'on observe les éruptions de lichen plan, il nous est venu la pensée que le lichen plan pouvait être une éruption biotropique directe de nature tuberculeuse. »

Daprès Milian, les arguments en faveur de la nature tuberculeuse sont les suivants :

1° Il existe une syphilide lichénoïde, que Milian pense être de nature tuberculeuse;

2° Intradermo-réaction positive (3 cas).

Le traitement par l'or a amené une amélioration assez rapide des lésions de l'une des malades. La réaction focale intense produite par l'hypodermo-réaction faite avec 1/2 mmgr. ed tuberculine a produit un affaïssement des lésions, la disparition du prurit avec évolution rapide vers la guérison. Dans les formes anormales du lichen plan, il y en a qui ont des rapports étroits avec la tuberculose.

« Pour nous (Milian) le lichen plan peut être une tuberculide au même titre que le lichen nitidus. »

On comprend alors que les lichens plans apparaissent non seulement à la suite des injections auriques, mais également à la faveur des traumatismes cutanés (grêle, grattage, infection cutanée), c'est l'appel de la tuberculose. Les recherches faites pour dépister la nature tuberculeuse de cette affection n'ont pas donné jusqu'à maintenant des résultats bien nets.

Les théories suivantes tachent de réunir les différentes hypothèses et théories discutées jusqu'ici.

Ahlswelde pense aussi à une certaine diathèse. Si c'est le facteur nerveux qui est prépondérant dans un cas de lichen, on peut s'expliquer, d'après Ahlswelde, que le système nerveux végétatif agit par réflexe sur la peau par les diverses irritations internes et externes qui peuvent frapper un individu prédisposé au lichen. Des troubles digestifs, des lithiases, ou la pression d'un bandage herniaire, peuvent provoquer les mêmes actions réflexes sur la peau par l'intermédiaire du système nerveux végétatif qui est... Ahlswelde pense que le lichen est une « neurose végétative », ce qui expliquerait le caractère familial du lichen, ainsi que le lichen après le salvarsan.

Kogoj, après un examen de toutes les hypothèses, émet la théorie suivante : le lichen plan est une dermatose, qui est causée par un virus inconnu, un virus

qui ne peut agir que lorsque l'individu présente des dispositions spéciales. Il est probable que cette diathèse hyperkératosique soit conditionnée par un fonctionnement anormal des glandes endocrines, lui-même commandé par un fonctionnement anormal, congénital ou acquis, du système nerveux autonome.

Juliusberg est d'avis qu'une prédisposition quelconque de l'individu est nécessaire pour voir apparaître un lichen. Mais il n'est pas d'avis que cette disposition soit la diathèse hyperkératosique. Il croit que la disposition pour le lichen dépend des individus qui sont plus facilement atteints que les autres. La cause de cette prédilection, suivant laquelle le lichen plan atteint plutôt certains individus, est à chercher dans l'hérédité, et cette cause peut avoir une influence sur la forme du lichen chez eux. Ces hypothèses ne touchent pas le point essentiel, l'étiologie de la maladie, sur laquelle nous ne savons rien de précis encore quoiqu'on trouve beaucoup de points de départ qui pourraient expliquer une étiologie infectieuse.

OBSERVATIONS

OBS. N° 1. — (Prise dans le service du Professeur Gougerot.)

Le malade Ch. A..., âgé de 28 ans, qui au mois de février 1934 vient à la consultation externe de Saint-Louis (Service du Pr. Gougerot) pour un lichen plan généralisé. Le début de cette dermatose remontait à deux mois environ et aurait commencé par une plaque localisée à la face antérieure de l'avant-bras gauche, avec prurit assez marqué. Après deux mois la dermatose s'était étendue au bras gauche, au thorax et à l'abdomen; rien aux organes génitaux.

A l'examen on trouve : des petites papules polygonales de dimension variant entre 1 et 4 m/m., d'un rose mêlé de jaune, à surface aplatie, brillante à jour frisant, à bords nettement limités.

Donc il s'agit d'un malade avec lichen plan typique généralisé sans localisation aux muqueuses, qui aurait commencé par une plaque primaire se développant excentriquement et dans le sens du courant lymph-

tique. Ces caractères sont en faveur de la théorie infectieuse.

OBS. N° 2. — (Prise dans le service du Professeur Gougerot.)

Le malade H. F..., âgé de 50 ans, nous est envoyé par un dentiste pour une leucoplasie buccale. A l'examen le malade présente un lichen polymorphe avec des lésions élémentaires caractéristiques du lichen. Depuis l'âge de 19 ans, l'évolution se fait par poussées. Actuellement on trouve un lichen plan buccal sur la face dorsale de la langue et sur la face interne des deux joues.

Sur la langue le lichen forme des points, des traînées et des plaques. Ces dernières sont arrondies, d'un blanc bleuté, porcelainé, plus mates que les leucoplasies syphilitiques, d'une grandeur variant de 5 à 10 m/m. Ces plaques confluent en nappe. Sur les joues le lichen dessine :

1° des points blanc bleuté de 1-2 m/m., confluent,

2° des stries blanches très fines en lacs irrégulier.

A l'examen général, on trouve une adénopathie in-

guinale bilatérale. La réaction de B.W. est négative. Rien au cœur ni aux poumons.

Cette adénopathie serait en faveur de la théorie infectieuse.

OBS. N° 3. — Lichen plan développé sur une cicatrice de zona. (Gougerot et Filliol, A. de D..., mars 1929.)

Lichen plan développé sur une cicatrice de zona, strictement localisé à cette cicatrice et succédant rapidement au zona.

L'éruption occupe une bande oblique d'une largeur de main partant en arrière de la ligne médiane, croissant en dehors la partie supérieure de la fosse iliaque externe, la région des épines iliaques antérieures et se terminant à l'abdomen dans la région inguinale.

OBS. N° 4. — (Observation inédite du D^r Paul Blum.)

La malade B. L..., âgée de 23 ans, vient nous consulter le 29 octobre 1929 pour un lichen plan sur le dos de la main droite, la face antérieure du poignet droit; les éléments papuleux sont confluents, brillants, peu prurigineux. Leur dimension varie de la grandeur

d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 50 centimètres. Au poignet gauche on trouve des éléments du même aspect, avec une pigmentation brunâtre. Au niveau du creux sus-claviculaire gauche et au-devant de la clavicule élément en placard, papuleux avec tendance cornée, qui paraît la lésion primitive. Prurit modéré.

Historique: le 7 mai la malade présentait une mammites traitée par des pansements humides et des injections de propidon. Elle a reçu la première piqûre de propidon le 8 mai 1929. Après la piqûre, la malade accusait une douleur locale, température à 38°, impossibilité de marcher pendant deux jours. La deuxième piqûre de propidon a été faite le 11 mai. Deux heures après la piqûre la température s'élevait à 41°. Ganglions dans l'aîne droite et très forte réaction générale et locale. Après la troisième piqûre (le 18 mai) une réaction locale et générale très forte.

Après les piqûres de propidon, la malade a eu des tendances aux syncopes, battements exagérés du cœur, manque d'appétit, pendant les quatre mois qui suivirent les piqûres, en même temps qu'apparaissait son lichen qui se développait et se généralisait au bout de cinq mois. La malade elle-même attribue ces troubles à l'effet des piqûres.

Nous avons traité les lésions de lichen par l'application de teinture d'iode tous les deux jours, et nous avons observé une amélioration très nette des lésions après quelques semaines; puis la guérison presque complète au bout de trois mois.

CONCLUSIONS

D'après les classiques, le lichen plan est une affection bien définie au point de vue clinique et anatomique.

Les causes encore inconnues du lichen plan peuvent aussi produire des éruptions atypiques, qui s'écartent des lésions élémentaires caractéristiques du lichen plan, éruptions érythémateuses ou érythémato-squameuses, mais dont l'histologie a bien démontré la nature lichénienne, le *lichen atypique* mis au point par MM. Gougerot et Blum. Le domaine du lichen plan tend à s'agrandir notablement.

L'étiologie et la pathogénie restent à préciser. Nombreuses sont les théories ayant pour but d'expliquer la pathogénie du lichen plan.

La *théorie nerveuse* a semblé très rationnelle en raison des troubles nerveux, qui existent comme point de départ du lichen ou apparaissent au cours de son évolution. Ebranlements psychiques ou moraux, sou-

vis graves, chagrin, etc..., comme causes provocatrices. Au point de vue symptomatique la topographie du lichen, l'existence du prurit, qui accompagne habituellement le lichen mais qui peut le précéder, même de plusieurs années, enfin les épreuves thérapeutiques, ponction lombaire, radiothérapie de la moelle, qui aurait une action directe ou indirecte sur le sympathique. Cependant on peut objecter à la théorie nerveuse qu'on voit des quantités de cas où il n'y a pas d'ébranlement nerveux et la question du lichen médicamenteux, en partie à forme atypique, qui se présente sur la peau comme des parakératoses, vient à l'encontre de la théorie nerveuse.

On ne sait pas exactement comment agit la ponction lombaire, ni quelle est l'action thérapeutique des rayons, mais nous croyons qu'ils peuvent agir comme un médicament de choc par l'intermédiaire du système neuro-végétatif avec ses complexes réflexes et humoraux; la ponction lombaire agirait sur le parasympathique en l'excitant.

Quant à la *théorie parasitaire* ou *mycosique* elle est surtout basée sur les résultats thérapeutiques obtenus par les claso-vaccins et l'intradermo-réaction. On sait combien est discutable la valeur des intradermo-réactions et quelle est leur difficulté d'interprétation. Dans les cas que nous avons examinés, on n'a pas trouvé de

champignons, ni à l'examen direct ni à la culture. La transmission aux animaux reste négative.

Théories diathésiques — terrain lichénigène. —

Bien que le terme de théories diathésiques paraisse suranné et que petit à petit les théories infectieuses ou mycosiques tendent à le remplacer, on ne peut pas nier qu'il existe une tendance lichénigène chez certains sujets. Il semble donc que la tendance lichénigène des terrains joue le rôle de cause prédisposante

Théorie infectieuse. — Quoiqu'on n'ait jamais pu trouver ni microbe ni virus, les arguments suivants paraissent assez sérieux pour qu'on puisse soutenir cette théorie :

L'apparition de lichen après des traumatismes graves et superficiels; apparition endémique et temporaire du lichen; beaucoup de caractères cliniques du lichen correspondent à ceux d'une maladie infectieuse : *a)* début par une plaque primaire avec augmentation excentrique; *b)* aspect corymbiforme; *c)* quelquefois augmentation de volume des ganglions et de la rate; *d)* formes serpigineuses; *e)* même action spécifique de l'arsenic, du bismuth et du mercure que dans la syphilis; enfin lichen plan familial et conjugal.

Quelle serait la cause déterminante du lichen? Est-

elle la conséquence du biotropisme d'un germe infectieux latent, tuberculose? On pourrait y penser en raison des arguments suivants : le traitement par l'or a amené une amélioration assez rapide des lésions dans quelques cas de lichen; l'intradermo-réaction pratiquée a été positive dans quelques cas; il existe une syphilide lichénienne, or cette syphilide lichénienne serait de nature tuberculeuse (Milian).

S'agit-il d'un germe microbien banal, streptocoque ou autre? L'hypothèse n'est pas invraisemblable et les formes cliniques des formes atypiques de lichen viennent corroborer cette hypothèse.

La guérison par la teinture d'iode est également en faveur de la théorie infectieuse.

Le lichen est-il dû à un virus spécifique? Cette hypothèse peut être soutenue. L'existence du lichen médicamenteux viendra à l'appui de cette hypothèse, la réaction du lichen étant une réaction homologue aux accidents toxi-infectieux causés par les médicaments.

Théorie mixte. — D'après cette théorie le lichen plan apparaît chez des sujets avec un terrain prédisposé lichénigène, sur lequel vient s'ajouter une infection par un agent encore inconnu. C'est la théorie qui nous paraît la plus vraisemblable.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY : Sur un cas de lichen plan d'origine évidemment infectieuse. (*Bull. Soc. franç. derm.*, 34, n° 1, 30, 1927.)
- DE AZUA : Lichen familiaris vom Typus corneus obtuseus. (*Actas dermo-sifilogr.*, 1920.)
- BEATTY : Lichen axillaris, lichen annularis and note on the etiology of lichen. (*Dublin I. Acad. Sci.*, IV, s. N. 17.289, 1921.)
- BEURMANN et GOUGEROT : Intradermo-réaction sporotrichosique. (*Sc. méd. des Hôp.*, 9 juin 1909.)
- BORY : Le lichen plan est-il contagieux et inoculable. (*Congrès dermat. et Syph.*, Strasbourg, juill. 1923.)
- BROCQ : Précis atlas de pratique dermatologique.
- E. BESNICI, BROCQ et JAQUET : La Pratique dermatologique.
- BROCQ et PAUTRIER : Etude de quelques formes anormales de lichénification.
- BUSCHKE : Lichen ruber und lichen ruberartige Salvarsan- und Arsenexanthemen für den Satz der Homöopathie. (*Münch. med. Klin.*, 1928.)
- DARIER : Précis de dermatologie, 1928.
- FABRY : Lichen planus annularis. (*Dan. Arch. f. Dermat.*, 370, 1920.)
- FREI U. TACHAU : Zur Frage der Lichen ruberartigen Salvarsanexantheme. (*Dermat. Wschr.*, 1923.)

GARZON : Lichen planus. (*Dem. arch. of Dermat.*, 1929.)

GOUCEROT : Prurit cutané sans éruption cutanée de lichen mais avec lichen plan buccal. (*Paris Méd.*, 15, n° 12, 1925.)

- Formes atypiques du lichen plan. Prurit lichénien sans éruption. Formes érythémateuses et érythémato-squameuses sans papules. (*J. des Orat.*, 40, n° 39, 641; n° 40, 658; 1926.)

GOUCEROT et BLUM : Lichen typique de la langue et des joues. Lichen cutané atypique du tronc (lichen numulaire érythémato-squameux et lichen pointillé). (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 36, 1928.)

- Lichen numulaire érythémato-squameux atypique, forme de transition. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 37, 1930.)

- Trois formes de lichen plan typiques rebelles. Guérison par les traitements des lichens. (*Presse Médic.*, I, 427, 1931.)

GOUCEROT et BURNIER : Lichen plan de la langue simulant une leucoplasie syphilitique. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 36, 1928.)

- Prurit lichénien sans papules. Lichen plan précédé par du prurit sans lésions depuis dix ans. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 1930.)

GOUCEROT, CARTAUD, ZIMMERN : Lichen plan et radiothérapie. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, n° 35, 1928.)

GOUCEROT et FILLIOL : Lichen plan. Echec de la radiothérapie. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 35, 1928.)

- Lichen plan sur cicatrice de zona. Lichen plan strictement localisé aux cicatrices du zona.

GOUGEROT, MEYER, COHEN : Pityriasis rubra pilaris. Transformation des lésions : chute des cones, etc., sous l'influence du vaccin antituberculeux de Vaudremer, amélioration. (*Dem. Bull. Soc. franç. Dermat.*, 37, 1930.)

GOUGEROT : Eruption lichénoïde déclenchée par l'or : transformation en lichen plan typique. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, n° 4, 1929.)

— Biopsie dermatite lichénoïde et purpurique. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, n° 6, 1929.)

— Mycoses. (*Bull. Soc. franç. Derm.*, 1929.)

GOUIN et BIENVENUE : Un cas de lichen plan cutané généralisé. Guérison par la radiothérapie axillaire. (*Soc. franç. Derm.*, 14 février 1929.)

— De la radiothérapie du sympathique dans les dermatoses. (*J. de R. et d'E.*, I, XI, n° 3, 1927.)

— Lichen plan et radiothérapie superficielle. (*Soc. Dermat. et suppl.*, 2, 5, 1927.)

HALLOPEAU et RIBOT : Sur l'évolution d'un lichen plan circiné et sa plaque initiale. (*Bull. et Soc. Dermat.*, 1902.)

HALLOPEAU et LEREDDE : Traité pratique de Dermatologie.

HILAIRE : Le lichen plan linéaire. (*Thèse de Paris*, 1930.)

JADASSOHN : Lichen ruber mit Plasmazellen-infiltrat. (*Dem. Zbl. Hautkrankl.*, 18, 751.)

— Atypischer lichen ruber planus.

— Handbuch für Haut-u-Geschlechtskrankheiten. (Tom. VII/2, p. 113.)

JEANSELME et BURNIER : Le lichen plan de la langue.
(*Prog. Méd.*, 52, 1924.)

JAUSION, COT, SOLIER : Eczémas pyococciques et mycosiques. (*Pr. Méd.*, 9 mars 1929.)

Journée du Lichen plan. Réunion dermatologique, Strasbourg 1927. (Rapports de : Brocq, Petges, Sabouraud, Pautrier et Diss, Lévy, Jeanselme, Hudelo, Hufschmit, Ravaut, Gouin, Louste, Kogoj, Samberger, Bory.)

KOGOJ : L'étiologie du lichen plan. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 34, 1927.)

LARTIGUE : Le lichen plan est-il une allergide mycosique. (*Thèse*, Paris, 1930.)

G. LÉVY : Le pigment mélanique dans le lichen plan. (Réunion de Strasbourg, 1927.)

LOUSTE, LÉVY-FRANKEL : Journée du lichen plan. (Réunion de Strasbourg, 1927.)

LIPSCHÜTZ : Lichen ruber planus annularis. (*Dem. Arch. of Dermat.*, 1912.)

— Ueber die Begriffe-bestimmung und Rolle der « Zentrocyten » bei einer Reine entzündlichen Hautkrankheiten. (*Dermat. Wschrft.*, 1926.)

MINOT : Lichen plan à disposition zostérienne. (*A. à D.*, 1909.)

MILIAN : Lichen plan annulaire géant. (*Bull. Soc. franç. Dermat.*, 1925.)

— La nature du lichen. (*Soc. de Derm. et Syph.*, janvier 1933.)

NEUMARK : Sur la question de l'étiologie et de la pathogénie du lichen plan. (*D. Wochenschr.*, oct. 1928.)

PAUTRIER : Résultats négatifs de 21 essais d'inoculation de lichen plan à l'homme. (Réunion de Strasbourg, 1927.)

PAUTRIER et DISS : Sur la présence d'éléments nerveux et la prédominance des lésions nerveuses dans la papule du lichen plan. (Réunion de Strasbourg, 1927.)

PETGES : Sur l'origine nerveuse du lichen plan. (*Soc. p. Derm.*, 1927.)

PONTOPIPIDAN : Ueber das Vorkomen von Allgemeiner-scheinungen und besonders Blutveränderungen bei Lichen planus. (*Dermatol. Zeitschrift*, 1917.)

RAVAUT : Lichen plan et ponction lombaire. (*Soc. franç. Derm. et Syph.*, 1927.)

SABOURAUD : Les eczémas microbiens. (*Pr. Méd.*, 5 mai 1928.)

SAMBERGER : Ueber die diathetischen Hautentzündungen. (*D. med. Wochenschrift.*, 1928.)

— Nouvelles preuves cliniques que le lichen plan et le psoriasis sont des maladies diathésiques. (*Ann. Dermatol.*, 1929.)

SCHERBER : Lichen ruber planus. (*Arch. f. Derm.*, 1925.)

SPITZER : Lichen ruber Handbuch der Haut u. Geschlechts-krankheiten (1928).

UNNA : Lichen ruber planus. (*Dtsch. med. Wschrft*, 1909.)

WHITHFIELD : Akuter Lichen planus. (*Dem. Brit. J. Der-mat.*, 1901.)

— Lichen planus linearis. (*Dem. Brit. J. Dermat.*, 1916.)



